*Załącznik nr 1*

PRAWA I OBOWIĄZKI CZŁONKÓW RODZINY/OPIEKUNÓW OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ KORZYSTAJĄCEJ ZE WSPARCIA W FORMIE USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ W **RAMACH POBYTU DZIENNEGO** REALIZOWANEJ W RAMACH PROGRAMU MINISTERSTWA RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ PN. *„OPIEKA WYTCHNIENIOWA” – EDYCJA 2022*.

 ***CZŁONEK RODZINY MA OBOWIĄZEK:***

1. Przed przystąpieniem do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 dostarczyć do tutejszego Ośrodka:
* *Kartę zgłoszenia do Programu „*Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022,
* *Kartę pomiaru niezależności funkcjonalnej wg zmodyfikowanych kryteriów oceny – Skali FIM*, uzupełnioną przez lekarza rodzinnego/lekarza rehabilitacji medycznej, fizjoterapeutę, pielęgniarkę, stanowiącej załącznik nr 7 do w/w programu,
* kopię orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności wraz z oryginałem do wglądu,
* pisemną informację od lekarza prowadzącego, czy osoba, u której realizowane będzie wsparcie w formie opieki wytchnieniowej, ma zdiagnozowaną jednostkę chorobową, w przypadku której konieczne jest stosowanie, przez osoby sprawujące opiekę, wzmożonych środków ochrony osobistej, tj. kombinezon jednorazowy, maseczka ochronna itp.
1. Zaopatrzyć podopiecznego w niezbędne leki, środki higieniczne i pielęgnacyjne, wymagany sprzęt ortopedyczny, w razie konieczności przygotowane posiłki oraz niezbędne rzeczy do zapewnienia właściwego funkcjonowania podopiecznego
w czasie sprawowania opieki w ramach w/w Programu.
2. Udostępnić dane kontaktowe osobie sprawującej opiekę.
3. Współpracować z MOPS w Bielsku-Białej, w zakresie ustalania harmonogramu realizacji usług opieki wytchnieniowej, co najmniej z tygodniowym wyprzedzeniem.
4. Umożliwić wejście do mieszkania/domu, w którym będzie świadczona pomoc
w ramach w/w Programu.
5. Zapewnić bezpieczne warunki świadczenia usług opieki wytchnieniowej osobom realizującym tę formę wsparcia.
6. Pisemnego poinformowania o każdej zmianie mającej wpływ na realizację usług opieki wytchnieniowej, np. zmiana miejsca pobytu, czasowe zawieszenie realizacji usług opieki wytchnieniowej, zmniejszenia ilości godzin udzielonego wsparcia, rezygnacji z pomocy itp.
7. Potwierdzania wykonania opieki wytchnieniowej na Karcie realizacji Programu, którą osoba sprawująca opiekę przedkłada do podpisu w danym dniu, niezwłocznie po zakończeniu pracy w środowisku.

***CZŁONEK RODZINY MA PRAWO:***

1. Uzyskania informacji na temat funkcjonowania podopiecznego w trakcie świadczenia usług.
2. Zgłaszania uwag i wniosków, co do jakości realizowanego wsparcia.
3. Dokonywania zmian w harmonogramie w przypadkach nagłych.
4. Odmówić potwierdzenia wykonania usługi na Karcie realizacji Programu
w przypadku stwierdzenia fikcyjnego zapisu.

Wyśmierzyce, dnia ….………….2022r. …………………………………………………………………..

 *Podpis członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej*